

**EVALUACIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS (Combinadas y sólo con progesterona),
PARCHE ORTHO-EVRA, NUVARING, IMPLANON (varilla con implante)**

Nombre _____ Fecha de hoy _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Primer día de la última regla/menstruación _____

1. Por favor, marque el método anticonceptivo que usa ahora:

- La pastilla anticonceptiva (combinada)
- La pastilla anticonceptiva (sólo con progesterona)
- Ortho-Evra
- NuvaRing
- Implanon

2. ¿Tiene algún problema(s) con su método anticonceptivo? No Sí

Explique el problema: _____

3. ¿Tiene alguna pregunta? No Sí

Explique su pregunta: _____

4. ¿Ha tenido algún problema de salud o ha ido al médico desde su última visita a esta clínica? No Sí

Explique: _____

5. ¿Toma algún otro medicamento? No Sí

Indique cuál(es): _____

6. Marque si ha tenido alguno de los siguientes problemas desde que empezó a usar este método anticonceptivo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza intensos | <input type="checkbox"/> Dolor de abdomen intenso |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la vista | <input type="checkbox"/> Náusea/"ascos" o vómito |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Sangrado abundante |
| <input type="checkbox"/> Dolor intenso en la(s) pierna(s) | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____

TO BE COMPLETED BY STAFF

S:

O: B/P _____ WT _____

A:

P:

Staff signature _____ Date _____